Académie d'Orléans –Tours
Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012 N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat Spécialité Médecine Générale

Par

ALIX VANDERMEER (NEE HEULHARD DE MONTIGNY)
Née le 25/11/1984
A Paris 15ème

Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2012

CRITERES DE CHOIX ET STRATEGIES D'EVALUATION DES BESOINS DE FORMATION MEDICALE CONTINUE :

UNE ENQUETE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE SUR UN ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES DE REGION CENTRE

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Christian Binet**
Monsieur le Professeur Alain Chantepie
Monsieur le Docteur Pierre Archambault

RÉSUMÉ

Objectif : Depuis sa naissance en France dans les années trente, la formation médicale continue des généralistes a connu de nombreuses évolutions. Plusieurs réformes se sont succédées dont l'objectif était d'améliorer son efficacité en terme de santé publique. Dans son rapport de 2008, intitulé « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignait la mauvaise évaluation des besoins de leur formation par les médecins généralistes. En juillet 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires, (loi HPST) a précisé l'obligation pour les médecins de participer au développement professionnel continu (DPC). Le choix des thèmes de formation reste quant à lui libre. De nombreux thèmes sont actuellement proposés par plusieurs opérateurs sous de multiples modalités. Quelques outils ont été développés par des organismes de formation pour tenter d'évaluer les besoins individuels de formation. L'objectif de cette étude a été de déterminer les critères de choix actuels de formation privilégiés par les praticiens et quelle utilisation ils faisaient des méthodes d'évaluation de leurs besoins de formation.

Matériel et Méthode : Une enquête transversale descriptive a été réalisée du 17 juin au 17 novembre 2011 par un questionnaire postal et courriel adressé à un échantillon aléatoire de 200 médecins généralistes de la région centre.

Résultats : L'échantillon était composé de 116 répondants (58%), la moyenne d'âge était de 53 ans, il comprenait 39 femmes (34%). Les praticiens choisissaient leurs formations en premier lieu sur le contenu (critères scientifiques et pédagogiques), puis l'organisation pratique (géographie), ensuite venait l'indépendance, puis la convivialité et l'organisme en charge de la formation. Apparaissait en dernier l'indemnisation. Les médecins n'avaient pas de stratégies d'évaluation de leurs besoins de formation. La majorité d'entre eux pensait connaître ses besoins de manière implicite (47 soit 40%), se former par intérêt (82 soit 71%), déterminer ses besoins par la lecture des programmes formation (39 soit 34%) ou encore définissaient ses besoins en groupe de FMC (35 soit 30%).

Conclusion : Les outils d'évaluation des besoins de formation existants sont complexes et inadaptés à une utilisation régulière. Ils n'ont jamais été évalués sérieusement et mériteraient d'être simplifiés, réadaptés et évalués dans le cadre du DPC. Le nouveau DPC favorise l'évaluation des pratiques pour la comparer aux recommandations de bonne pratique. L'avenir sera peut-être une obligation de résultats, et plus seulement une obligation de moyens, à travers une recertification périodique.

Mots clés : choix, besoin, évaluation, formation, étude descriptive, médecine générale

SELECTION CRITERIA AND NEEDS ASSESSMENT STRATEGIES FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION :

A TRANSVERSE AND DESCRIPTIVE STUDY IN A RANDOM SAMPLE OF 200 GENERAL PRACTITIONERS IN THE REGION CENTRE IN FRANCE

ABSTRACT

Introduction: The idea of continuing medical education (CME) of general practitioners appeared during the 30' of has undergone many changes since then. Several reforms have been introduced with the objective of improving the efficiency of CME in terms of public health. The report "Continuing medical education and evaluation of professional practices of physicians" published by the General Inspectorate of Social Affairs (IGAS) in 2008 highlighted the poor evaluation of their own needs by general practitioners. In July 2009, French law HSPT (Hopital Santé Patient Territoire) clarified the physicians' obligation in respect of their Continuing Professional Development (DPC). The choices of education topics remain free. Several operators currently propose many topics in various modalities. Some tools have been developed by medical organizations to assess individual educational needs. The aim of this study was to determine the choosing criteria preferred by practitioners and what use they made of methods for assessing their education needs.

Method: A transverse and descriptive study was conducted from June 17 to November 17, 2011 by a postal questionnaire and e-mail to a random sample of 200 general practitioners in the region Centre in France.

Results: The sample consisted of 116 respondents (58%), the average age was 53 years, including 39 women (34%). The first criteria of choice appeared to be the educational content (scientific and educational criteria), and then came the logistical aspect (geography), the independence of the organization in charge of the education program, its friendliness and eventually the organization itself. Appeared in last the financial compensation paid to the practitioner. The doctors did not have any strategies to assess their education needs. Most physicians thought they implicitly know about their needs (47 i.e 40%), or decide on the basis of self-interest (82 i.e 71%), or determine their needs by reading the training programs (39 i.e 34%), or by through their own CME group (35 i.e 30%).

Conclusion: Tools to assess existing training needs are complex and not convenient for regular use. They have never been seriously evaluated and deserve some simplification. They need to be updated and evaluated as part of DPC. The new DPC promotes the evaluation of actual practices and comparison with good practice recommendations. The future may be an obligation of results, not just an obligation of means, through periodic certifications of the practitioners.

Keywords: Choice, needs, assessment, education, descriptive study, general practice.

TABLE DES MATIERES

RESUME **2**
ABSTRACT **3**
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS **5**
SERMENT D'HIPPOCRATE **9**
SIGNATURES **10**
DEPOT DU SUJET DE THESE **11**
LISTE DES ABREVIATIONS **12**
INTRODUCTION **13**
RESULTATS **17**
TAB I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 17
TAB II. PROFIL DE FORMATION 18
TAB III. LIEN ENTRE PARTICIPATION AUX GROUPE DE PAIRS ET PARTICIPATION AUX REUNIONS DE LABORATOIRE 19
TAB IV. CLASSEMENT DES CRITERES DE CHOIX DE PARTICIPATION A UNE FMC PAR LES MEDECINS GENERALISTES 19
TAB V. CLASSEMENT DES ORGANISME DE FMC AUXQUELS LES MEDECINS FONT CONFIANCE 20
TAB VI. COMPARAISON DES DIFFERENTES MODALITES D'AUTO-EVALUATION EN BESOINS DE FORMATION . 20
DISCUSSION **21**
BIBLIOGRAPHIE **24**
ANNEXES **26**
1. LE QUESTIONNAIRE 26
2. LE PLAN D'AUTOGESTION DU DPC QUEBECOIS 28
3. LE BILAN PROFESSIONNEL PERSONALISE DE L'UNAFORMEC 32
4. LE BILAN DE COMPETENCE DE MG FORM 32

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

12 Septembre 2011

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire

	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

SIGNATURES

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du *07/04/2011*

Le Directeur de Thèse

Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

DÉPÔT DU SUJET DE THESE

UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS TOURS

FACULTÉ DE MÉDECINE TOURS

Thèse 200. – 20.

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Médecine Générale

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : VANDERMEER

Prénoms : Alix

Date de naissance : 25/11/1984 **Nationalité : Française**

Lieu de naissance : Paris 15ème

Domicile : 16 place de la Résistance
37000 Tours **Téléphone : 0679721416**

Directeur de Thèse :
Dr Pierre Archambault

Titre de la Thèse :

Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue :

Une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre

JURY

Président : **Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz, DUMG, CHU Bretonneau**

Membres : **Monsieur le Professeur Christian Binet, Hématologie, CHU Bretonneau**
Monsieur le Professeur Alain Chantepie, cardiologie pédiatrique, CHU Clocheville
Monsieur le Docteur Pierre Archambault, médecin généraliste, Aschères le marché

Avis du Directeur de Thèse

Signature

Avis du Directeur de l'U.F.R.
à Tours, le Le Doyen,

Signature

Dominique PERROTIN

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACFM : Association Confédérale pour la formation des médecins
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BPP : Bilan Professionnel Personnalisé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNFMC : Comité National de FMC

DENs : Doctor's Educationnal Need

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPU : Enseignement Post Universitaire

FAF : Fond d'Assurance Formation

FMC : Formation Médicale Continue

FMOQ : Fédération des Omnipraticiens du Québec

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale Affaires Sanitaires

PADPC : Plan d'Autogestion de DPC

PUNs : Patient's Unmet Need

STEP : Situations et Tests d'Evaluation et de Performance
UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USA: United States of America

INTRODUCTION

Si les premières initiatives de formation post doctorale remontent au XIXème siècle[1], la formation médicale continue (FMC) s'est développée en France à partir des années 1930. Appelée à ses débuts enseignement post universitaire (EPU), son objectif initial d'acquisition de connaissances a progressivement évolué pour tenter aujourd'hui de s'adapter aux besoins de chaque praticien, leur permettant ainsi d'acquérir des compétences adaptées à leur pratique, dans un but d'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, entre 1972 et l'époque actuelle plusieurs étapes importantes ont jalonné une histoire souvent chaotique, émaillée de conflits de pouvoir[2,3] entre un monde syndical qui défendait une vision professionnelle de cette formation et un monde associatif, représenté initialement par l'union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC), plus soucieux de la qualité des soins et de la santé publique. En parallèle, l'Université a observé avec intérêt la professionnalisation de la FMC, revendiquant un rôle d'expertise et proposant elle-même des actions de FMC dont le financement par le fond d'assurance formation (FAF) sera le plus souvent bloqué, les syndicats et les associations lui reprochant une ignorance des réalités de la pratique médicale ambulatoire et des méthodes pédagogiques inadaptées à la formation des adultes (prédominance de cours magistraux). Quant au Conseil national de l'ordre de médecins (CNOM) il interviendra surtout au niveau des structures de politique de concertation, avec un rôle surtout consultatif. Les pouvoirs publics, conscients de l'importance de la FMC dans la santé publique, mais soucieux de ménager un monde syndical représentant la profession ont longtemps louvoyé remettant à plus tard les décrets d'application des lois successivement votées.

La nouvelle loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, a introduit la notion de développement professionnel continu (DPC), montrant ainsi une volonté politique de soutenir un programme personnel d'apprentissage basé sur une pratique réflexive. « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. »[4]

La FMC validante se répartit en quatre catégories : formation présentielle (validée sur la participation), formation individuelle à distance (abonnement, internet), situation professionnelle formatrice (enseignement), et évaluation des pratiques professionnelles (EPP)[5].L'EPP se définit par la mise en relation des pratiques médicales avec les recommandations de bonnes pratiques. Elle peut se faire sous forme d'audit, de relevés d'indicateurs, ou encore en groupe de pairs sous réserve du respect de critères méthodologiques précis[6].

Considérée comme obligation déontologique à ses débuts, la FMC (1996), puis l'EPP (2004) sont désormais devenues des obligations légales[7].

Récemment un acteur majeur en la personne de l'assurance maladie s'est invité dans le débat en proposant un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) aux médecins généralistes. Ce contrat relie la performance selon les critères propres à l'assurance maladie à la rémunération des médecins, et vient d'être inscrit dans la convention médicale.

Les actions de FMC doivent actuellement correspondre aux critères qualités définis par le Comité National de FMC (CNFMC). Ils sont au nombre de quatre : l'adaptation à la pratique, la qualité scientifique, la qualité pédagogique et l'indépendance.

De multiples formations sont proposées aux médecins. Leur choix se fait selon différents critères incluant les modalités pratiques, la qualité scientifique, les méthodes pédagogiques, l'intérêt porté au thème et le besoin ressenti de formation.

Parallèlement au contexte politique, un débat scientifique s'est développé depuis la fin des années 60 concernant l'efficacité de la FMC en termes d'amélioration de la qualité des soins en fonction des méthodes pédagogiques utilisées. Il existe deux niveaux d'évaluation : le premier concerne la mesure de l'efficacité d'un programme de formation avec des indicateurs de santé publique comme cela est pratiqué en épidémiologie d'intervention, le second, théoriquement plus simple, consiste à mesurer des critères intermédiaires en relation avec un changement de pratique des praticiens formés. Dans tous les cas, il sera nécessaire de comparer les résultats avec un groupe contrôle constitué par tirage au sort. Le rapport IGAS 2008[8] soulignait qu'une évaluation des résultats (impact des formations) était complexe. S'y substitue actuellement une obligation de moyen (participation). A partir des années 80, de nombreux travaux ont été initiés, colligés dans des revues générales de la littérature.

L'efficacité de la FMC a ainsi fait l'objet d'une récente revue Cochrane[9]qui met en évidence que certaines actions de formation actives peuvent améliorer les pratiques des professionnels et les résultats sanitaires de leurs patients. Un rapport de l'université Johns Hopkins[10], USA, a étudié les publications relatives à l'efficacité de la FMC. L'hétérogénéité des études exclu toute synthèse quantitative. Seules quelques tendances ont pu être rapportées : les formations interactives seraient plus efficaces, les méthodes basées sur la simulation seraient efficaces, les supports multiples seraient utiles, les participations répétées seraient également utiles. Une revue des études réalisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)[11] rangeait la FMC classique parmi les interventions inefficaces, et la FMC interactive parmi les interventions d'efficacité démontrée mais avec un effet d'intervention limité. Le rapport sur la santé dans le monde de 2006[12] soulignait l'efficacité de la FMC interactive sur la modification des comportements en matière de prescription, l'amélioration des compétences cliniques spécifiques et l'effet positif sur l'utilisation des soins de santé à travers les réactions favorables suscités chez les patients. Trois études ont montré que l'enseignement à distance enrichit les connaissances, incite à s'instruire, donne une plus grande confiance en soi et encourage une attitude positive mais ne fait apparaître aucun changement de comportement.[13,14,15]

Pour être efficace la méthode de formation doit être adaptée à l'objectif et tenir compte du style d'apprentissage du praticien. Par exemple, la méthode de l'atelier interactif mobilise les domaines intellectuels, gestuels et les attitudes ; alors que la lecture individuelle n'utilise que le processus intellectuel. La fédération des omnipraticiens du Québec a défini quatre styles d'apprentissage : intuitif réflexif (foisonnement d'idées), intuitif pragmatique (analyse des problèmes), méthodique réflexif (expérience personnelle), méthodique pragmatique (mise en pratique des théories). *16*

Il apparaît donc que la méthode de formation est essentielle, elle doit être adaptée au thème et au mode d'apprentissage du praticien. Elle doit également s'appuyer sur les techniques de formation dont on a pu prouver l'efficacité. La seconde problématique est celle du choix des formations par le praticien. L'intérêt, qui permet d'acquérir une connaissance intellectuelle, diverge souvent du besoin, qui oriente vers l'acquisition d'une compétence pratique. La notion de besoin est différente selon l'entité qui la détermine, on différentie les besoins ressentis, exprimés en situation, prescrits par les experts ou encore démontrés en comparaison à un groupe de référence[17].

Plusieurs études randomisées contrôlées évaluées par un audit ont montré que les formations étaient plus efficaces sur un thème que les médecins n'avaient pas choisi[18]. Ceci renvoie à la

notion de « scotomes » que seuls peut mettre en évidence un screening s'appuyant sur une évaluation structurée des besoins de formation.

Cette évaluation structurée permettrait aux médecins de choisir leurs formations dans un objectif d'amélioration des pratiques précis. Plusieurs stratégies ont été décrites. Certaines sont implicites, d'autres plus complexes relèvent d'une démarche volontaire. Parmi les méthodes utilisées en pratique courante on retrouve l'incident critique, le questionnaire patient, la check-list pré établie, l'avis des pairs, l'audit clinique[19] et le PUNs (Patient's Unmet Need) and DENs (Doctor's Educationnal Need)[20].

TAB I. OUTILS DE REFLEXION DU BRITISH MEDICAL JOURNAL : THE EDUCATION PLAN (METHODE PUNS AND DENS)

Date	Identité Patient			PUN	Définition d'un objectif
	No	Sexe	Age		
25/11/11	13	F	34	Contraception et allaitement	Connaître la contraception du post partum

DEN	Action entreprise	Date de réalisation
contraception du post partum	Lecture conférence HAS contraception	25/11/11

En France, suite à un appel d'offre du FAF à la fin des années 90, plusieurs associations de FMC syndicales et l'UNAFORMEC ont développé et testé des outils d'évaluation des besoins de formation des médecins généralistes. Les stratégies spécifiques étaient le Bilan Professionnel Personnalisé[21] (BPP) développé par l'UNAFORMEC, le bilan de compétence[22,23,24] de MGFORM et les situations et tests d'évaluation et de performance[25,26] (STEP) de l'ACFM (Association confédérale pour la Formation des Médecins).

Le BPP comprenait trois parties : un relevé de sa pratique, des tests de personnalité et enfin des tests de compétence et de concordance portant sur un savoir opérationnel ; ce qui définit les trois valises « que fais-je ? », « qui suis-je ? », « que sais-je ? ».

Le bilan de compétence comprenait cinq phases : un entretien préalable, une phase d'auto observation axée sur la clinique, le parcours professionnel et l'organisation, une phase d'investigation par séminaire, une phase de décantation et enfin un entretien de synthèse.

Les STEP étaient des cas clinique en ligne testant la performance par mise en situation. Ces trois outils qui ont été testés auprès des praticiens, mais dont aucun n'a été évalué ne sont aujourd'hui plus utilisés. Les structures responsables ont prévu de les réactualiser dans le cadre du DPC.

Ces trois méthodes reprenaient la notion de compétence. G. Miller a défini plusieurs étapes dans le développement personnel[11], représentés sous la forme d'une pyramide avec de bas en haut, le savoir, la compétence, la performance et l'action.

Quels critères privilégient à l'heure actuelle les praticiens quand ils choisissent une action de FMC ? Utilisent-ils des stratégies d'évaluation de leurs besoins ? Que pensent-ils des méthodes d'évaluation structurée des besoins de formation ?

Pour répondre à ces questions, nous avons décidé de réaliser une enquête transversale descriptive sur les critères de choix et les stratégies d'évaluation de leur formation auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes de la région Centre.

Pour cette étude un échantillon aléatoire de 200 médecins généralistes de région centre a été constitué. La base de données a été fournie par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS). Les médecins à exercice particulier ont été exclus de cette base. L'échantillon aléatoire a été constitué en utilisant la fonction alea sur le logiciel Excel [R].

Le questionnaire (annexe 1) comprenait 3 parties : le profil professionnel du praticien, les critères de choix de formation et le profil formation, l'évaluation des besoins de formation et ce que pensaient les praticiens de ces méthodes. Les critères de choix ont été déterminés à partir d'une étude qualitative[27] réalisée en 2008 par Marc Andrieux dans le cadre d'un travail de thèse. Les méthodes d'évaluation des besoins de formation étaient issues de la littérature. Les réponses étaient anonymes. Le questionnaire a été testé dans le cadre d'une réunion de pairs, une question avait été rajoutée sur le rôle des spécialistes dans le choix des formations, et une question relative à l'adhésion au CAPI avait été retirée par crainte d'une baisse d'acceptabilité.

Le questionnaire a été envoyé par mail ou courrier le 17 juin avec un rappel courrier puis un rappel téléphonique 15 jours après. Un deuxième envoi a été effectué 3 mois plus tard pour les non répondants. Ces envois ont été réalisés avec le soutien de l'URPS.

Les résultats ont été analysés avec le logiciel Excel [R], utilisant ses différentes fonctions de moyenne, écart type, intervalle de confiance, et test du khi deux.

RÉSULTATS

Cent seize médecins ont répondu sur les 200 interrogés, soit un taux de réponses de 58%.

TAB I. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Données démographiques *	***Echantillon**, n=116* *effectif (%)*	***Population des médecins généralistes de la région centre†,** n=3086* *effectif (%)*
***Sexe,** n=116*		
Hommes	*77 (66)*	*1963 (64)*
Femmes	*39 (34)*	*1123 (36)*
***Moyenne d'âge**, n=116*	*53 ans*	*52,2 ans*
***Département**, n=116*		
18 (Cher)	*8 (7)*	*338 (11)*
28 (Eure-et-Loir)	*17 (15)*	*477 (15)*
36 (Indre)	*8 (7)*	*266 (9)*
37 (Indre-et-Loire)	*37 (32)*	*857 (28)*
41 (Loir-et-Cher)	*20 (17)*	*408 (13)*
45 (Loiret)	*26 (22)*	*740 (24)*
PROFIL PROFESSIONNEL		
***Lieu d'exercice**, n=116*		
(nombre d'habitants)		
Rural (<1800)	*26 (22)*	
Semi-rural (1800-8000)	*47 (41)*	–
Urbain (>8000)	*43 (37)*	
***Type d'exercice**, n=112*		
Seul	*44 (39)*	
Associé	*56 (50)*	–
Maison Médicale	*12 (11)*	
***Volume d'activité**, n=113*		
(actes/ an)		
Faible (<4000)	*19 (17)*	
Moyen (4000-6000)	*55 (49)*	–
Fort (>6000)	*39 (34)*	
***Activité**, n=116*		
Libérale	*95 (82)*	*2808 (91)*
Mixte	*21 (18)*	*278 (9)*

** n correspond à l'effectif de l'échantillon ayant répondu à la question posée.*
† Les données sont issues de l'Atlas Démographie Médicale au 1er janvier 2011 du Conseil de l'Ordre de Région Centre[28].

La corrélation entre la distribution par département des médecins de l'échantillon par rapport aux données de la démographie médicale était de 0,95. Cela signifie que le taux de réponse était identique dans chaque département car le choix de l'échantillon était déterminé de manière aléatoire.

TAB II. PROFIL DE FORMATION

Type de formation *, †	***Participent*** *effectif (%)*		***Ne participent pas*** *effectif (%)*
FMC conventionnelle, *n=114* *M=2,1 [1,3-2,9] ‡*		*59 (52)*	*55 (48)*
Groupe de pairs, *n=116* *M=6,7 [5,2-8,2] ‡*		*17 (15)* *dont 10 (59) Labellisés EPP*	*99 (85)*
FMC locale, *n=115* *M=5,5 [4,5-6,5] ‡*	*Parfois* *Souvent* *Régulièrement*	*41 (36)* *6 (5)* *44 (38)*	*24 (21)*
FMC laboratoire, *n=116* *M=3,5 [2,6-4,4] ‡*	*Parfois* *Souvent* *Régulièrement*	*74 (64)* *6 (5)* *4 (3)*	*32 (28)*
Utilisation d'internet, *n=116*	*Episodique* *Fréquente* *Quotidienne*	*55 (47)* *32 (28)* *18 (16)*	*11 (9)*
Enseignement, *n=114*		*29 (25)*	*85 (75)*
Lecture, *n presse =114 / n revue= 112* *Durée moyenne/semaine=2H21'* *IC 95 [1h56'-2h48']*	*Presse gratuite* *Revue payante*	*86 (75)* *68 (60)*	*28 (25)* *44 (40)*

** M est la moyenne du nombre de participation annuelle aux formations proposées.*
†N correspond à l'effectif ayant répondu à la question.
‡ Intervalle de confiance à 95%

Soixante huit médecins (60%) étaient abonnés à des revues médicales payantes. Les revues consultées étaient par ordre de fréquence : *PRESCRIRE* (n=46, 68%), *LE QUOTIDIEN DU MEDECIN* (n=11, 16%), *REVUE DU PRATICIEN EN MEDECINE GENERALE* (n=12, 18%), *LE GENERALISTE* (n=7, 10%), *LE CONCOURS MEDICAL* (n=5, 7%), *MEDECINE ENFANCE, PEDIATRIE PRATIQUE* (n=3, 4%), *EXERCER* (n=5, 7*%), IMPACT MEDECINE* (n=3, 4%), *MEDECINE* (n=2, 3%), *MONOGRAPHIE ET MEDECINE GENERALE* (n=1), *REVUE GERIATRIQUE* (n=1), *RHUMATOLOGIE* (n=1), *PHYTOTHERAPIE CLINIQUE* (n=1), *DOULEUR* (n=1), *LANCET* (n=1), *NEW ENGLAND* (n=1), *RESPONSABILITE* (n=1), *EUROPEAN NEUROLOGY* (1), *TRANDS COGNITIVE SCIENCE* (1), *NATURE NEUROSCIENCE* (1*), BULLETIN HISTOIRE MEDECINE* (1).
Parmi les médecins qui lisaient la presse médicale gratuite (n=86), 65 (75,5%) lisaient le format papier, 5 (6%) le format informatique et 16 (18,5%) les deux.

Les médecins ont été interrogés sur l'impact de l'enseignement dans leur formation (29 seulement avaient une activité d'enseignement effective). L'impact de l'enseignement était essentiel pour 9 (9,5%) médecins, positif pour 77 (81%) médecins, nul pour 8 (8,5%) et négatif pour 1 (1,5%) médecin.

Pour 53 médecins (46%) les courriers de leurs correspondants jouaient un rôle important dans le choix de leurs thèmes de formation (n=114).

TAB III. LIEN ENTRE PARTICIPATION AUX GROUPE DE PAIRS ET PARTICIPATION AUX RÉUNIONS DE LABORATOIRE

Groupe de pairs / Laboratoire	*Oui*	*Non*	*Total*
Oui	*9*	*72*	*81*
Non	*6*	*25*	*31*
Total	*15*	*97*	*112*

Les données correspondent à des effectifs.

Le test du khi deux permet de conclure à l'absence de lien significatif entre la participation aux groupes de pairs et la participation aux réunions de laboratoire (p=0,25).

De même la comparaison deux à deux par test du khi deux entre les différentes modalités de formation ne retrouvait aucun lien statistiquement significatif. La participation à une modalité de formation n'était pas liée à la participation aux autres types de formation. On peut donc en conclure les mêmes médecins participant à des formations ne sont pas toujours les mêmes. Chacun à ses habitudes ou préférences dans le choix de type de formation.

TAB IV. CLASSEMENT DES CRITÈRES DE CHOIX DE PARTICIPATION À UNE FMC PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (DE 1 À 7) (N=114)

Critères de choix	***Moyenne ****	***IC 95%***
Qualité scientifique	*2,64*	*[2,28-3,0]*
Qualité pédagogique	*2,85*	*[2,51-3,19]*
Proximité	*3,63*	*[3,29-3,97]*
Indépendance	*4,18*	*[3,85-4,51]*
Convivialité	*4,65*	*[4,38-4,92]*
Organisme	*5,07*	*[4,74-5,40]*
Indemnisation	*5,16*	*[4,81-5,51]*

**Moyenne des notes correspondant à la place moyenne de chaque critère.*

Le classement des critères variait peu en fonction du sexe, de la tranche d'âge et du volume d'activité. Seule l'indemnisation apparaissait avant le type d'organisme pour les hommes à la différence des les femmes (NS), pour les 30-45ans ; versus les 46-65ans et les 66-72ans (NS), et pour les médecins ayant un volumes d'activité faibles et moyens versus les forts (NS). La plus grande différence portait sur le classement de la proximité en première position pour les médecins exerçants en maison médicale versus les médecins exerçants seuls ou en association qui le classaient en 3ème position (NS). L'exercice en zone rurale, semi-rurale ou urbaine faisait varier le classement des critères de façon non significative en gardant toujours en première et deuxième position la qualité scientifique puis la qualité pédagogique. L'exercice libéral exclusif ou mixte faisait varier la position des trois derniers critères de façon non significative.

*TAB V. CLASSEMENT DES ORGANISME DE FMC AUXQUELS LES MÉDECINS FONT CONFIANCE (N=112) (DE 1; PLEINEMENT CONFIANCE À 6; AUCUNE CONFIANCE)**

Organismes	*Moyenne **	*IC 95%*
Organisme de FMC	*2,49*	*[2,19-2,79]*
Association locale	*2,57*	*[2,31-2,83]*
Université	*2,92*	*[2,61-3,22]*
Congrès	*3,13*	*[2,89-3,37]*
Autres	*3,89*	*[3,5-4,28]*
Laboratoire	*4,21*	*[3,94-4,48]*

**Moyenne des notes correspondant à la place moyenne de chaque critère.*

Une difficulté de l'analyse des résultats des questionnaires résidait dans l'interprétation des réponses: en effet six médecins pour les critères de choix et seize pour les type d'organismes avaient simplement coché les réponses au lieu de noter ces critères. Dans ce cas, les cases cochées ont été comptabilisées avec la même note (1), et étaient par conséquent moins discriminatives. Le calcul a également été réalisé en excluant les médecins ayant coché des cases (et non classé les critères), l'ordre des critères était inchangé (pour les tableaux IV et V).

TAB VI. COMPARAISON DES DIFFÉRENTES MODALITÉS D'AUTO-ÉVALUATION EN BESOINS DE FORMATION, N=116 (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)

PAS DE STRATEGIE DEFINIE	Effectif (%) n= 101 (89)	STRATEGIE DEFINIE	Effectif (%) n= 13 (11)
Pas d'intervention des besoins de formation	12 (10)	**Relevé incident**	18 (15)
Connaissance implicite des besoins	47 (40)	**Relevé besoins patients**	16 (14)
Intérêt	82 (71)	**Enquête patient**	2 (2)
Thèmes déjà connus	6 (5)	**Bilan de compétence**	1 (1)
Lecture programme	39 (34)	**Cas clinique**	6 (5)
Choix en groupe de FMC	35 (30)	**Autre**	2 (2)
Audits	1 (1)		
Autre	3 (3)		

Seuls six médecins (5%), connaissaient les outils d'évaluation des besoins en FMC. Ils citaient : test de lecture (prescrire, revue praticien MG), formation personnelle très ciblée, enquête, autoévaluation.
Cinquante et un médecins (52%) pensaient que la perspective d'une recertification ne changerait pas la manière dont ils se formaient, six (6%) pensaient le contraire et quarante et un (42%) ne se prononçaient pas (n=98).
Quarante trois médecins (37%) pensaient qu'une évaluation structurée de leurs besoins leur permettrait de mieux cibler leurs formations, quarante trois (36%) ne savaient pas et trente (27%) pensaient que ça ne les aiderait pas (n=116).

Quatre vingt douze (81%) des praticiens prenaient des notes, trente (30%) les archivaient de façon structurée, cinquante et un (52%) de façon non structurée et dix huit (17%) n'en faisaient rien (n=99). Les médecins qui réalisaient un archivage structuré s'y référaient plus que les autres (test du khi deux significatif, p=0,042).

DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail a été atteint, puisque 116 médecins généralistes, sur 200 (soit 58%) initialement tirés au sort, ont répondu au questionnaire. On ne peut cependant exclure l'existence d'un biais de sélection, les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire ont peut être volontairement refusé de donner une réponse car ils se formaient peu. Une enquête sur les non répondants n'a pas été réalisée pour analyser leurs différences avec les répondants, mais la plupart des médecins joints au téléphone pour non réponse ont prétexté un manque de temps lié à une suractivité. Cependant, le taux de réponse a été important pour ce type d'étude et sur les critères analysés l'échantillon était représentatif de la population. On peut penser aussi qu'il a pu exister un biais de mémorisation, certaines questions portant sur les formations réalisées l'année précédente. On peut également discuter la présence d'un biais d'observation, les médecins pouvant surestimer leurs formations parce qu'ils se sentaient observés. Ce biais était contrebalancé par l'anonymat. Un biais de classement a pu aussi être introduit par le choix d'un questionnaire à réponses fermées. Cependant une étude quantitative à réponses fermées permet en général d'obtenir un niveau de réponse assez fiable comparativement à des questions ouvertes. Il existait également dans le questionnaire des espaces pour les commentaires ou réponses « autre ».

Certains médecins n'ont pas répondu à toutes les questions, ou mal répondu (cases cochées au lieu de classement), ceci étant probablement du à la longueur du questionnaire, ou à une mauvaise compréhension de la hiérarchisation demandée pour classer les critères de choix de FMC.

Les médecins se formaient selon diverses modalités : par la lecture (75% lisaient la presse gratuite et 61% les revues), la FMC locale (79%), la FMC conventionnelle (52%), les réunions de laboratoire 72%), les groupes de pairs (15%), ou encore l'enseignement (26%) et internet (90%).

Ils choisissaient leurs formations en premier lieu sur le contenu (critères scientifiques et pédagogiques), puis l'organisation pratique (géographie), ensuite venait l'indépendance, puis la convivialité et l'organisme en charge de la formation, apparaissait en dernier l'indemnisation. On peut observer que les intervalles de confiance des classements des critères de choix et des organismes de FMC n'étaient pas exclusifs. Cela s'explique par le fait que les écarts types étaient importants, les critères variaient selon les médecins. Cependant certaines différences étaient significatives.

Les organismes auxquels ils faisaient confiance étaient d'abord ceux spécialisés dans la FMC, ensuite l'université, puis les associations locales, enfin les congrès et en dernier les laboratoires.

Les médecins semblaient ne pas avoir de stratégies d'évaluation de leurs besoins pour le choix de leurs formations. La majorité disait connaître ses besoins de manière implicite (40%), se former par intérêt (71%), déterminer ses besoins par la lecture des programmes formation (34%) ou encore définir ses besoins en groupe de FMC (30%).

Les différents outils construits pour répondre à la problématique de l'évaluation des besoins de formation n'ont été que très peu utilisés en pratique en raison de leur complexité. Aucun d'entre eux n'a été sérieusement évalué. Le BPP et le bilan de compétence correspondent plus à une évaluation globale de sa pratique dans un objectif de réorientation ou d'évaluation en milieu de carrière. Ces outils sont difficilement utilisables en bilan annuel. Quant aux cas cliniques en ligne, ils sont également peu utilisés, Toutes ces raisons peuvent expliquer le fait qu'ils n'aient été que peu ou pas utilisés par les participants à cette étude. On peut y ajouter le flou politique actuel qui entoure la mise en œuvre du DPC et le manque d'incitation positive à

l'utilisation d'outils structurés. Les organismes ayant développé ces outils ont pour projet de les transformer et de les simplifier pour les adapter au nouveau DPC.

Au Québec, le conseil de l'ordre recommande l'adhésion à un plan d'autogestion de DPC (PADPC), seul le maintien de compétence est une obligation. La moitié des omnipraticiens y participent et 3% sont contrôlés chaque année[29]. Les médecins québécois sont soumis à une recertification annuelle basée surtout sur des critères déclaratifs[30]. Le PADPC développé par la FMOQ se décline en 6 phases retranscrites dans un portfolio : définir son profil professionnel, déterminer ses besoins, se fixer des objectifs, planifier ses activités, mettre en place un plan d'action, porter un regard critique sur ses actions[31]. Chaque étape étant soutenue par des outils adaptés.

Une autre question essentielle est celle de la recertification. Le système anglo-saxon, assorti d'incitations financières, a introduit en 2009 un permis quinquennal d'exercer la médecine. Le médecin doit montrer sa capacité à exercer sur son lieu de travail selon 79 principes. Le feedback de collègues et de patients contribuera à la recertification du médecin[32].

Ces exemples étrangers illustrent bien l'enjeu du nouveau DPC qui intègre les concepts d'andragogie (art d'enseigner aux adultes), de *KNOWLES*[1], ou de pratique réflexive, de *SCHÖN*[2], avec l'importance de l'évaluation des compétences en situation et non plus simplement des connaissances[33] et qui ouvre la voie vers la recertification. Le cadre générique du DPC a été ainsi défini par l'UNAFORMEC :

> *« - Réflexion critique personnelle sur sa propre pratique*
> *- Analyse systématique des savoirs mis en œuvre au quotidien*
> *- Mise en perspective des problèmes individuels dans un contexte plus large (Organisationnel et social)*
> *- Recherche et mise en œuvre des ressources (formations ou autres) nécessaires*
> *- Responsabilisation de chaque praticien (démarche d'auto-évaluation) ».*[34,35]

En France, le rapport du Pr Yves MATILLON[36] en 2006 était favorable à une évolution vers la recertification. Le rapport IGAS 2008[8] discutait du maintien de l'obligation de formation. Les arguments pour sa suppression étaient la non crédibilité de la menace de sanctions, la possibilité d'y satisfaire sans réelle modification des comportements, le détournement de démarches plus productives. Les arguments pour son maintien étaient l'orientation vers des formations de qualité, la complémentarité avec l'EPP, la norme sociale qui découlait de la menace de sanction, sa suppression serait perçue comme un désintérêt des pouvoirs publics. L'obligation dans le cadre du DPC n'a pas encore été définie.

Il ne faut pas non plus négliger le contexte actuel où la baisse de la démographie médicale, l'augmentation des tâches administratives parfois très éloignées de la pratique et la crise économique rendent difficile la mise en œuvre d'une réforme ambitieuse. En 2000, la France arrivait en tête du classement OMS[37] des systèmes de soins. Si elle veut garder cette place, il sera nécessaire qu'elle avance sur le chemin des réformes du système de soins, dont le DPC est une composante essentielle. Dans ce cadre, l'évaluation des besoins de formation deviendra donc fondamentale. Il sera nécessaire d'étudier l'adaptabilité et la qualité des outils réactualisés dans le cadre du DPC.

---

1 *Malcolm Shepherd Knowles : américain (1913 - 1997), est le spécialiste de la théorie de l'éducation*

2 *Donald A. Schön (Boston 1931-Boston 1997) est un penseur et pédagogue influent dans le monde anglo-saxon*

D’autres travaux sont nécessaires afin d’évaluer les outils structurés existants ou à venir, destinés à évaluer les besoins de formation des médecins généralistes. Cette évaluation devra concerner leur acceptabilité et leur capacité à dépister les scotomes afin d’améliorer la compétence des praticiens de terrain. La qualité des soins en dépend, ainsi que la capacité des professionnels concernés à faire face aux défis futurs de la santé et de l’évolution du système de soins.

BIBLIOGRAPHIE

[1] *Befort PA. Survol historique de la FMC : une longue marche ; 2006.[Consulté le 20/02/2011] Consultable à l'URL : http://www.fmc67.org/page8/page8.html*

[2] *Gallois P. Historique de la FMC en France. La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris, Médecine-Sciences Flammarion ; 1997.*

[3] *Scharf G. Manuel pratique de la formation continue du médecin. Bayonne. Intergraphe ; 1977*

[4] *Dujarric F. Le DPC remplace la FMC. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale . 2009 ; 110 :193-7.*

[5] *Site internet du CNFMC.[consulté le [15/04/2011] Consultable à l'URL : http://www.cnfmc.fr/*

[6] *HAS. EPP des médecins : mode d'emploi ; mars 2007.*

[7] *Vallée JP. UNAFORMEC. La FMC en France, historique ; 2007.*

[8] *Bras PL, Duhamel G. Formation Médicale Continue et Evaluation des Pratiques Professionnelles. Rapport IGAS 2008.*

[9] *Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews ; 2009. Issue 2.*

[10] *Marinopoulos S, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson L, Ashar B, Magaziner J, and al. Evidence Report/Technology Assessment, Number 149, Effectiveness of Continuing Medical Education AHRQ Publication No. 07-E006 ; janvier 2007*

[11] *Durieux P, Ravaud P.ANAES. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales ; 2000.*

[12] *Chen L, Evans T, Evans D, Sadana R, Stilwell B, Travis P et al. Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Ed OMS ; 2006*

[13] *Stewart M, Marshall JN, Ostbye T, Feightner JW, Brown JB, Harris S et al. Effectiveness of case-based on-line learning of evidence-based practice guidelines. Fam Med. 2005 ; 37(2):131-8.*

[14] *Abdolrasulnia M, Collins C, Casebeer L, Wall T, Spettell C, Ray M et al. Using email reminders to engage physicians in an Internet-based CME intervention. BMC medical education . 2004 ; 4-17.*

[15] *Harris J, Kutob M, Surprenant Z, Maiuro R, Delate T. Can Internet-based Education Improve Physician Confidence in Dealing With Domestic Violence? Family Medicine. 2002 ; 34 :287-92.*

[16] *Le style d'apprentissage dominant. Annexes du PADPC. http://www.fmoq.org/*

[17] *Jouquan J. La problématique de l'analyse des besoins de formation. Revue internationale francophone d'éducation médicale ; 2004*

[18] *Sibley JC, Sackett D, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick V, Fraser W. A Randomized Trial of Continuing Medical Education. N Engl J Med 1982; 306:511-515*

[19] *HAS, Comment évaluer et améliorer votre pratique Guide méthodologique: méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques ; juin 2007*

[20] *Outils BMJ Learning PUN and DUN (outils repris dans le PADPC) Richard Eve's book PUNs and DENs: Discovering Learning Needs in General Practice is published by Radcliffe Medical Press; 1994*

[21] *Drahi E, Crappier JJ, Colombier P. Le Bilan Professionnel Personnalisé : comment évaluer sa pratique ? La revue du praticien de médecine générale tome 18. N°664/665 ; 2004.*

[22] *Le référentiel métier : outils développé par MG Form Site internet : http://www.mgform.org/referentiel/*

[24] *Certain MH, Perrin A. Le bilan de compétence : comment évaluer sa pratique professionnelle ? La revue du praticien de médecine générale tome 18. N°664/665 ; 11 octobre 2004*

[25] *Outils STEP de l'ACFM, http://acfm.stepeval.com/*

[27] *Andrieux M. Critères de choix de FMC par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire. [Thèse]. FMC : Tours ; 2008. 161p.*

[28] *Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région centre. Conseil national de l'ordre. Situation au 1er juin 2011.*

[29] *Ladouceur R. Réponses aux questions soulevées par le plan de DPC du collège des médecins du Québec. Revue le Collège; 2009. Volume 49, N° 3.*

[31] *Le PADPC : outils et annexes développés par la FMOQ*
Site internet : http://www.fmoq.org/fr/

[32] *Silber D. Démarrage de la recertification des médecins au Royaume-Uni. http://www.blogfmc.fr; 2009.*

[33] *UNAFORMEC, Développement Professionnel Continu,*
BIBLIOMED 596, SFDRMG (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale) ; septembre 2010.

[34] *UNAFORMEC, Développement professionnel continu : comment ?*
BIBLIOMED 601, SFDRMG ; novembre 2010.

[35] *UNAFORMEC, Développement professionnel continu et systèmes de soins*
BIBLIOMED 606, SFDRMG ; déc 2010.

[36] *Rapport du Pr Matillon. L'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ; 2006.*

[37] *Rapport de l'OMS la santé dans le monde ; 2000*

ANNEXES

1. LE QUESTIONNAIRE

ENQUETE SUR L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE FMC EN MEDECINE GENERALE

Ne rien inscrire

Dans cette colonne

NOM |__|__|__| **PRENOM** |__|__|__| (3 premières lettres)

ÂGE |__|__| ans **SEXE** ☐Homme ☐Femme

DEPARTEMENT D'EXERCICE |__|__|

LIEU D'EXERCICE ☐Rural (<1800) ☐Semi-rural (1800-8000) ☐Urbain (>8000)

TYPE D'EXERCICE ☐Seul ☐Associé ☐Maison médicale pluridisciplinaire

ACTIVITE ☐Libérale exclusive ☐Mixte (hospitalière, EHPAD, expertises)

VOLUME DE VOTRE ACTIVITE (NOMBRE D'ACTES /AN)

☐ < 4000 ☐ 4000-6000 ☐> 6000

LISEZ-VOUS LA PRESSE MEDICALE GRATUITE ?

☐Oui format papier ☐Oui format informatisé ☐Non

ÊTES-VOUS ABONNE A DES REVUES MEDICALES ?

☐Oui ☐Non

Si oui la(les)quelle(s) ?.....

Durée de lecture globale/ semaine |__|__| heures

ASSISTEZ-VOUS AUX REUNIONS D'UNE ASSOCIATION DE FMC LOCALE ?

☐Jamais ☐Parfois ☐Souvent ☐Régulièrement

Nombre de réunions auxquelles vous avez assisté en 2010 : |__|__|

ASSISTEZ-VOUS AUX REUNIONS ORGANISEES PAR LES LABORATOIRES ?

☐Jamais ☐Parfois ☐Souvent ☐Régulièrement

Nombre de réunions auxquelles vous avez assisté en 2010 : |__|__|

ASSISTEZ-VOUS A DES REUNIONS DE FMC CONVENTIONNELLE ?

☐Oui ☐Non

Nombre de réunions auxquelles vous avez assisté en 2010 : |__|__|

APPARTENEZ-VOUS A UN GROUPE DE PAIRS ?

☐Oui ☐Non

Est-il labellisé Evaluation des Pratiques (EPP) ? ☐Oui ☐Non

Nombre de réunions auxquelles vous avez assisté en 2010 : |__|__|

AVEZ-VOUS UNE ACTIVITE D'ENSEIGNANT (COURS, MAITRE DE STAGE, THESES)?

☐Oui ☐Non

QUEL ROLE PENSEZ-VOUS QUE CETTE ACTIVITE JOUE OU POURRAIT JOUER DANS VOTRE FORMATION CONTINUE :

☐Négatif ☐Nul ☐Positif ☐Essentiel

LES COURRIERS DE VOS CORRESPONDANTS SPECIALISTES JOUENT-ILS UN ROLE DANS LE CHOIX DE VOS THEMES DE FORMATION ?

☐Oui ☐Non

QUELLE EST VOTRE UTILISATION D'INTERNET POUR LA RECHERCHE D'INFORMATION?

☐Nulle ☐Episodique ☐Fréquente ☐Quotidienne

CLASSEZ PAR ORDRE DE PRIORITE DE 1 A 7 (DU PLUS IMPORTANT AU MOINS IMPORTANT) VOS CRITERES DE CHOIX D'UNE ACTION DE FMC :

|__| Qualité scientifique |__| Qualité pédagogique |__| Organisme

|__| Indemnisation |__| Indépendance |__| Convivialité

|__| Proximité géographique

CONCERNANT LA QUALITE D'UNE FORMATION, A QUEL ORGANISME FAITES-VOUS A PRIORI CONFIANCE (DE 1 A 6) ?

|__| Association locale |__| Congrès MG |__| Laboratoire

|__| Organisme FMC |__| Université

|__| Autre (lesquels) : .....

PARTICIPEZ-VOUS A DES FORMATIONS PAYANTES ?

☐Jamais ☐Parfois ☐Souvent ☐Régulièrement

1 /...../...../...../
N°
2 /...../...../
Age
3 /...../
Sexe
4 /...../
Départ
5 /...../
Lieu
6 /...../
Type ex
7 /...../
Activ
8 /...../
Volume
9 /...../
PMG
10 /...../
RevMed
11 /...../...../
Lect Rev
12 /...../
AssLoc
13 /...../...../
NLoc
14 /...../
Labo
15 /...../...../
NLabo
16 /...../
Conv
17 /...../...../
NConv
18 /...../
Pairs
19 /...../
EPP
20 /...../...../
NPairs
21 /...../
Ens
22 /...../
Role
23 /...../
Spé
24 /...../
Net
25 /...../, **26** /...../, **27** /...../
Scien Péd Org
28 /...../, **29** /...../, **30** /...../
Indem Indpt Conv
31 /...../
Prox
32 /...../, **33** /...../, **34** /...../
Loc MG Labo
35 /...../, **36** /...../, **37** /...../
Organ Univ AutOrg
38 /...../
Payante

ENQUETE SUR L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE FMC EN MEDECINE GENERALE

PARTICIPEZ-VOUS A DES FORMATIONS PAYANTES ?

☐Jamais ☐Parfois ☐Souvent ☐Toujours

CONCERNANT L'EVALUATION DE VOS BESOINS DE FORMATION, UTILISEZ-VOUS UNE STRATEGIE STRUCTUREE DE DETECTION DES BESOINS ?

☐Oui ☐Non

SI VOUS AVEZ REPONDU NON A LA QUESTION PRECEDENTE, CHOISISSEZ LES AFFIRMATIONS QUI S'APPLIQUENT A VOUS DANS LA LISTE SUIVANTE (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

☐Mes besoins n'interviennent pas dans mes choix de formation

☐Je connais mes besoins de façon implicite

☐J'ai tendance à me former sur des sujets qui m'intéressent

☐Je privilégie des thèmes sur lesquels je suis déjà à l'aise

☐La lecture des programmes des formations proposées me permet de cibler directement mes besoins - Si oui quel (s) programme (s) utilisez-vous ? (Associations, congrès)….....

☐Je participe au choix des sujets de formation de l'année dans mon groupe de FMC locale

☐Je participe régulièrement à des audits de pratique

☐Autre (détailler):.....

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A LA QUESTION SUR L'EVALUATION DES BESOINS, CHOISISSEZ LES AFFIRMATIONS QUI S'APPLIQUENT A VOUS DANS LA LISTE SUIVANTE (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

☐Je relève régulièrement les problèmes rencontrés dans ma pratique et je me forme sur ces sujets (relevé d'incident critique)

☐Je relève en consultation les besoins de mes patients auxquels je ne sais pas répondre et je décide de me former sur ces sujets (par exemple: formation à un geste technique)

☐Je réalise une enquête patient pour découvrir les domaines dans lesquels il leur serait utile que je sois formé (questionnaire patient)

☐Je réalise à intervalles réguliers un Bilan de Compétence (si oui lequel)

….....

☐J'utilise des cas cliniques, ce qui me fait découvrir mes carences

☐Autre (détailler):.....

CONNAISSEZ-VOUS LES OUTILS DEVELOPPES PAR DES ORGANISMES DE FORMATIONS DESTINES A EVALUER DE FAÇON STRUCTUREE VOS BESOINS DE FORMATION ?

☐Oui ☐Non

SI OUI LESQUELS ? ….....

PENSEZ-VOUS QUE LA PERSPECTIVE D'UNE RECERTIFICATION A INTERVALLES REGULIERS VA MODIFIER LA MANIERE DONT VOUS VOUS FORMEZ ACTUELLEMENT ?

☐Oui ☐Non

LORS D'UNE SEANCE DE FMC, PRENEZ-VOUS DES NOTES ?

☐Oui ☐Non

SI OUI QU'EN FAITES-VOUS APRES ?

☐Rien ☐Archivage structuré ☐Archivage non-structuré

SI ARCHIVAGE VOUS Y REFEREZ-VOUS ENSUITE ?

☐Jamais ☐Rarement ☐Souvent ☐Toujours

PENSEZ VOUS QU'UNE EVALUATION STRUCTUREE DE VOS BESOINS DE FORMATION AVEC PLANIFICATION PERSONNALISEE DE VOTRE PROGRAMME DE FORMATION VOUS SERAIT UTILE ?

☐Oui ☐Non cela ne changerait rien à ma pratique ☐Je ne sais pas

Ne rien inscrire

Dans cette colonne

35 /...../
Payante

36 /...../
Struct

37 /...../
Nonbes

38 /...../
Implic

39 /...../
Intérêt

40 /...../
Aise

41 /...../
LecProg

42 /...../
Choix

43 /...../
Audit

44 /...../
AutNonStrat

45 /...../
RelevPb

46 /...../
RelevBes

47 /...../
EnquPat

48 /...../
BilComp

49 /...../
CasClin

50 /...../
AutStra

51 /...../
Ouistru

52 /...../
Outils

53 /...../
Certif

54 /...../
Notes

55 /...../
Archiv

56 /...../
Refer

57 /...../
Planif

PADPC - FMOQ 2009
Plan d'autogestion de développement professionnel continu de la FMOQ

Version électronique disponible au *www.fmoq.org*

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Date : _____

Le PADPC-FMOQ comprend six étapes, partant de l'établissement du profil (sur le diagramme circulaire) jusqu'à l'évaluation.

1. PROFIL professionnel – « Je trace mon profil, élément de base de mon PADPC. »

PROFIL individuel

Lieux de pratique : _____

Type d'activité : _____

Champs d'exercice : _____

_____

_____

Champs d'intérêt : _____

_____

_____

Profil de ma clientèle : _____

_____

Profil de prescription : (si jugé utile) _____

PROFIL collectif (pratique de groupe) : (si applicable)

_____

_____

_____

Vous trouverez une liste d'outils pour vous aider à établir votre profil individuel et collectif sur le site Web de la FMOQ au *www.fmoq.org*, en cliquant sur *PADPC* – annexes 1-2-3.

2. BESOINS – « Je determine mes besoins, en lien avec mon profil. »

Remarque : il convient de distinguer un besoin d'un intérêt.
Exemples :
« J'ai peu d'**intérêt** pour les troubles locomoteurs, mais j'éprouve des difficultés à traiter les entorses (stimulus) au service de consultation sans rendez-vous. J'ai donc un **besoin** à combler, mais j'éprouve peu d'**intérêt** spontané. »
« Je travaille dans une ville-dortoir auprès d'une clientèle jeune. Ai-je des **besoins** potentiellement plus grands en pédiatrie ? Cela m'intéresse-t-il ? » **(intérêt)**

« À la lumière des éléments pertinents de mon profil, quels sont mes besoins individuels ou collectifs ? » *(Mes besoins viennent de stimulus quotidiens, tels que des cas difficiles, des plaintes, une révision de dossier, etc. Ils se reflètent dans mon profil.)*

Besoins individuels :

_____

_____

_____

_____

Besoins collectifs (pratique de groupe) : (si applicable)

_____

_____

Les compétences transversales que tout médecin doit maîtriser à des degrés variables figurent dans le tableau suivant.

Compétences transversales : C C E G E P P **CanMEDS « Canadian medical education directives for specialists », modèle adopté par la FMOQ pour les omnipraticiens.**
Communication : À titre de communicateurs, les médecins assurent le bon déroulement de la relation médecin-patient et des échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après la consultation médicale.
Collaboration : À titre de collaborateurs, les médecins travaillent avec efficacité au sein d'une équipe soignante afin d'offrir des soins optimaux aux patients.
Expertise médicale : À titre d'experts médicaux, les médecins intègrent tous les rôles CanMEDS en utilisant leurs connaissances médicales et leurs compétences cliniques et en faisant preuve de professionnalisme dans la prestation de soins centrés sur le patient. Le rôle d'expert médical est au centre du cadre CanMEDS.
Gestion : À titre de gestionnaires, les médecins contribuent pleinement au fonctionnement des organismes et du système de soins de santé en y instaurant des méthodes durables et en y affectant les ressources de façon appropriée.
Érudition – Savoir : À titre de scientifiques, les médecins appliquent leur vie durant les principes de l'apprentissage réflexif et attachent de l'importance à acquérir des connaissances médicales, à les diffuser, à les appliquer et à les transmettre aux patients.
Promotion de la santé : À titre d'intervenants en santé, les médecins se servent de leur expertise et de leur influence pour améliorer la santé et le mieux-être des patients, des collectivités et des populations.
Professionnalisme : À titre de professionnels, les médecins contribuent à la santé et au mieux-être des gens et de la société en appliquant des règles d'éthique dans leur pratique, en respectant les règlements établis par la profession (code de déontologie) et en adoptant des comportements très rigoureux.

Adapté de : Frank JR (réd.). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ; 2005.

Vous trouverez une liste d'outils pour vous aider à déterminer vos besoins sur le site Web de la FMOQ au *www.fmoq.org*, en cliquant sur *PADPC*.

3. OBJECTIFS – « Je me fixe des objectifs pour combler mes besoins. »

Cette année :
- Quelles sont les questions auxquelles je voudrais répondre ?
- Quels sont les problèmes que j'aimerais résoudre ?
- Quelles sont les difficultés que je voudrais surmonter ?

Verbes à privilégier dans la rédaction de vos objectifs : actualiser, améliorer, approfondir, conforter, maintenir à jour, maximiser, optimiser, parfaire, perfectionner, réviser.
Exemples :
« Améliorer la communication avec mes patients récriminateurs. »
« Réviser l'évaluation de l'anémie. »

Mes trois objectifs <u>prioritaires</u> sont :

1. _____
2. _____
3. _____

4. PLANIFICATION – « Je choisis des activités d'apprentissage pour atteindre mes objectifs »

Exemples :
« Je m'inscris à un congrès sur l'endocrinologie. Je discute avec un expert. Je lis le prochain numéro du *Médecin du Québec* sur le traitement du diabète. »
« Je m'inscris au prochain atelier qui traite du patient difficile. »

Mes trois activités <u>prioritaires</u> sont :

1. _____
2. _____
3. _____

Autres activités :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vous trouverez une liste d'outils pour vous aider à fixer vos objectifs et votre plan d'action sur le site Web de la FMOQ au *www.fmoq.org*, en cliquant sur *PADPC*.

Calendrier des congrès thématiques de la FMOQ : *www.fmoq.org/P/CalendrierActivites/Index.aspx*

Calendrier des activités d'organismes agréés en formation au Québec : *www.cemcq.qc.ca/fr/index_activites_calendrier.cfm*

5. ACTIONS – « Je consigne mes activités en conformité avec ma planification. »

Grille PADPC – FMOQ : votre relevé annuel de crédits de la FMOQ comporte déjà ces éléments pour toute activité accréditée par la FMOQ.

Consignez ici vos autres activités. Voir annexe 5 pour cette grille en format paysage.																	
						Changement dans ma pratique (voir légende)				**Cochez les compétences touchées par cette activité.**							
Type de programme ou d'activité de formation	Date	Lieu	Heures de formation	Type de crédits	Organisme	0	1	2	3	**C**ommunication	**C**ollaboration	**E**xpertise médicale	**G**estion	**É**rudition – Savoir	**P**romotion de la santé	**P**rofessionnalisme

Légende : 0 = n'est pas pertinent 1 = confirme ce que je fais déjà 2 = engendre un changement 3 = suscite un besoin de formation

6. ÉVALUATION – RÉFLEXION – « J'évalue l'ensemble de mon portfolio. »

« À l'aide de mon portfolio, j'exerce une réflexion critique sur l'ensemble de mon développement face à mon profil professionnel. »

Outils

- Grille PADPC - FMOQ (annexe 5), colonnes ombrées
- Approche réflexive (annexes 13 et 15)

3. Le Bilan Professionnel Personalisé de l'UNAFORMEC

Bilans Professionnels Personnalisés

UNAFORMEC

Regroupement des résultats de Que Sais-je?, Que Fais-je? - Palm et Que Fais-je ? a priori (APG)
Médecin 102400004

Titres de "Que Sais-je? *et thèmes généraux*	Que Sais-je? Sourires	Que Sais-je? Moues	Que Sais-je? Score	Que Fais-je? PALM Satisfaction en Savoir (% des réponses) Beaucoup	Que Fais-je? PALM Moyen	Que Fais-je? PALM Pas du tout	Que Fais-je? APG
Analyse critique de l'information médicale *Recherche documentaire*	16	20	-4,21				
Dépression *Anxiété/dépression*	15	16	-1,11	94,12	5,88		
Le patient lombalgique *Rhumatologie*	17	15	1,82	97,62	2,38		
Hypercholestérolémies et dyslipidémies *Hyperlipidémies*	20	13	6,09	100,00			
Angine *Infections ORL*	13	8	7,14	100,00			
Contraception orale *Gynéco*	22	14	8,00	100,00			
Dossier Médical *Dossier*	12	6	9,23				
Sinusites Aiguës de l'Adulte *Infections ORL*	21	6	20,00	100,00			
Diabète de type 2 *Diabète*	26	6	21,05	100,00			
Informatique au cabinet médical *Informatique-télétrs*	28	6	24,44				

4. Le Bilan de compétence de MG Form

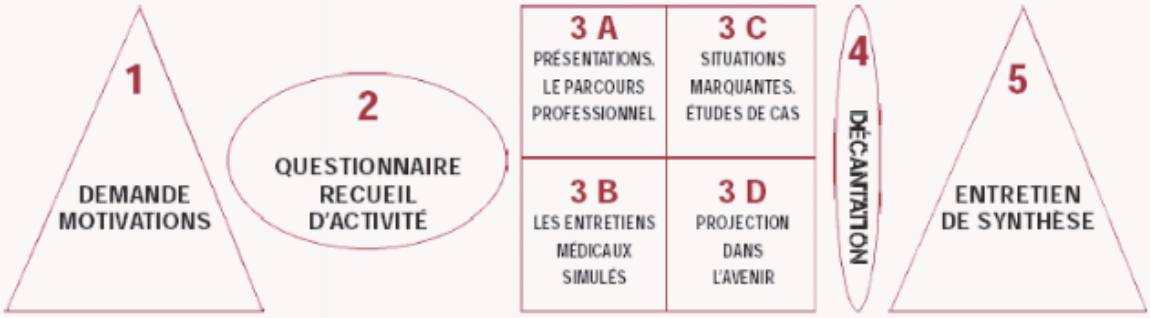
Le dispositif Bilan de compétence MG Form

pour 6 participants et 2 animateurs

Démarche d'autoévaluation accompagnée volontaire, confidentielle, non sanctionnante.

OBJECTIFS

- faire le point sur son parcours et sa pratique professionnelle, afin d'en identifier les points forts et les points faibles ;
- analyser sa pratique et la mettre en perspective par rapport aux recommandations de bonne pratique clinique et aux missions attendues du médecin en situation de soins primaires ;
- établir un plan de progrès personnalisé prenant en compte ses besoins de formation, la réalité de son activité, son expérience et ses désirs ;
- éventuellement, définir un projet d'évolution dans le métier, adapté à ses aspirations et à ses atouts.



ACADEMIE D'ORLEANS – TOURS

UNIVERSITE FRANÇOIS-RABELAIS

Faculté de Médecine de TOURS

VANDERMEER Alix, née DE MONTIGNY

34 pages – **7** tableaux

Résumé :

Objectif : Depuis sa naissance en France dans les années trente, la formation médicale continue des généralistes a connu de nombreuses évolutions. Plusieurs réformes se sont succédées dont l'objectif était d'améliorer son efficacité en terme de santé publique. Dans son rapport de 2008, intitulé « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignait la mauvaise évaluation des besoins de leur formation par les médecins généralistes. En juillet 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires, (loi HPST) a précisé l'obligation pour les médecins de participer au développement professionnel continu (DPC), le choix des thèmes de formation restant quant à lui, libre. De nombreux thèmes sont actuellement proposés par plusieurs opérateurs sous de multiples modalités. Quelques outils ont été développés par des organismes de formation pour tenter d'évaluer les besoins individuels de formation. L'objectif de cette étude a été de déterminer les critères de choix actuels de formation privilégiés par les praticiens et quelle utilisation ils faisaient des méthodes d'évaluation de leurs besoins de formation.

Matériel et Méthode : Une enquête transversale descriptive a été réalisée du 17 juin au 17 novembre 2011 par un questionnaire postal et courriel adressé à un échantillon aléatoire de 200 médecins généralistes de la région centre.

Résultats : L'échantillon était composé de 116 répondants (58%), la moyenne d'âge était de 53 ans, il comprenait 39 (34%) femmes. Les praticiens choisissaient leurs formations en premier lieu sur le contenu (critères scientifiques et pédagogiques), puis l'organisation pratique (géographie), ensuite venait l'indépendance, puis la convivialité et l'organisme en charge de la formation. Apparaissait en dernier l'indemnisation. Les médecins n'avaient pas de stratégies d'évaluation de leurs besoins de formation. La majorité d'entre eux pensait connaître ses besoins de manière implicite (47 soit 40%), se former par intérêt (82 soit 71%), déterminer ses besoins par la lecture des programmes formation (39 soit 34%) ou encore définissaient ses besoins en groupe de FMC (35 soit 30%).

Conclusion : Les outils d'évaluation des besoins de formation existants sont complexes et inadaptés à une utilisation régulière. Ils n'ont jamais été évalués sérieusement et mériteraient d'être simplifiés, réadaptés et évalués dans le cadre du DPC. Le nouveau DPC favorise l'évaluation des pratiques pour la comparer aux recommandations de bonne pratique. L'avenir sera peut-être une obligation de résultats, et plus seulement une obligation de moyens, à travers une recertification périodique.

Mots clés : choix, besoin, évaluation, formation, étude descriptive, médecine générale

Jury :

Président :	**Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz**
Membres :	**Monsieur le Professeur Christian Binet**
	Monsieur le Professeur Alain Chantepie
	Monsieur le Docteur Pierre Archambault

Date de la soutenance : 20 janvier 2012